

SUZANA KILIAN

CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão no Curso de Graduação em Medicina.

FLORIANÓPOLIS

1997

SUZANA KILIAN

CÂNCER COLORRETAL EM PACIENTES JOVENS

Trabalho apresentado à Universidade Federal de Santa Catarina, para a conclusão no Curso de Graduação em Medicina.

Presidente do Colegiado de Curso: Dr. EDSON J. CARDOSO

Orientador: Dr. JOSÉ MAURO DOS SANTOS

FLORIANÓPOLIS

1997

AGRADECIMENTOS

Ao Dr. *JOSÉ MAURO DOS SANTOS*, pelo zelo com a confecção deste, incentivo e sábia orientação.

Ao Dr. *FELIPE FELÍCIO*, pela dedicação e presteza de mestre.

Ao Dr. *JOÃO CARLOS COSTA DE OLIVEIRA*, pela disposição em ajudar e apoio.

ÍNDICE

1. INTRODUÇÃO	04
2. OBJETIVO	06
3. MÉTODO	07
4. RESULTADOS	08
5. DISCUSSÃO	15
6. CONCLUSÕES	20
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	21
8. RESUMO	25
9. SUMMARY	26
10. APÊNDICE	27

1. INTRODUÇÃO

O câncer colorretal é a segunda neoplasia maligna em frequência na maioria dos países ocidentais, e também a segunda causa de mortalidade por câncer, sendo superado apenas pelo tumor de pulmão.¹

Sua incidência aumenta a partir da quinta década de vida,² e apresenta uma pequena predominância no sexo masculino.^{3,4}

A etiopatogenia desta afecção ainda não está definitivamente esclarecida,⁶ sendo sugeridos inúmeros fatores de risco: dieta, álcool, tabagismo, predisposição genética, polipose, doença inflamatória intestinal, procedimentos prévios como colecistectomia ou ureterosigmoidostomia e irradiação, dentre outros.⁵

Recentemente, projeto de mapeamento genéticos encontraram no cromossomo 2 o gen responsável pelo câncer colorretal familiar, verificando-se que uma em cada 200 pessoas são portadoras deste gene, das quais 65% desenvolverão a doença.⁶

Por muitos anos, a polipose adenomatosa familiar era tida como a única variedade hereditária do câncer colorretal; entretanto, durante as duas últimas décadas, tem sido reconhecido de forma crescente o carcinoma colorretal hereditário não relacionado à polipose (síndrome de Lynch).⁷ Esta é subdividida em síndrome de Lynch I e II, sendo a primeira caracterizada por herança autossômica dominante, idade precoce de início, envolvimento predominantemente do cólon proximal e múltiplos tumores colônicos primários.¹ A síndrome de Lynch II apresenta estas mesmas características, associadas a outros adenocarcinomas, envolvendo principalmente ovário e endométrio.¹

Cerca de 60 a 70% dos carcinomas colorretais estão localizados no reto, junção retossigmoídea ou sigmóide, e 95% deles são adenocarcinomas.⁸

A sobrevida desses tumores é de 60 a 70% naqueles sem envolvimento linfonodal, dependendo do grau de invasão tumoral da parede intestinal, caindo para 20 a 50% quando há esse comprometimento, e menos de 5% quando há doença disseminada à distância.⁹

O câncer colorretal apresenta um pico de incidência na sétima década,⁷ com idade média entre 62 e 69 anos.⁶ Entretanto, sua ocorrência tem aumentado na população jovem,^{10,11} e a incidência até os 40 anos têm variado de 1,6 a 16,8% nas várias séries relatadas.^{11,12,13}

Embora nos pacientes jovens com câncer colorretal haja frequentemente uma condição predisponente, como polipose familiar ou retocolite ulcerativa, o mesmo tem ocorrido em alguns pacientes sem essas afecções.¹⁴

O câncer do intestino grosso em pacientes jovens tem sido alvo tanto de publicações visando despertar a atenção do leitor para a real possibilidade desta doença na população jovem,^{11,12,15} quanto de artigos buscando estabelecer a existência ou não de um pior prognóstico neste grupo etário.^{13,16,17}

Segundo Heys et al,¹³ o pior prognóstico proposto por alguns estudos é possivelmente relacionado a formas mais agressivas do tumor, um retardo no diagnóstico e/ou uma maior porcentagem de pacientes com tumores mais avançados à apresentação. Por outro lado, este mesmo autor revisou artigos mostrando prognóstico semelhante ou ainda melhor nos pacientes jovens quando comparados a grupos mais velhos.¹³

2. OBJETIVO

O presente trabalho visa avaliar o perfil do câncer colorretal em pacientes de até 40 anos de idade, tratados no Serviço de Coloproctologia dos Hospitais Universitário e de Caridade, Florianópolis, Santa Catarina, entre 1980 e 1997.

3. MÉTODO

Foram estudados retrospectivamente os pacientes portadores de neoplasia colorretal maligna com idade igual ou inferior a 40 anos, tratados no Serviço de Coloproctologia dos Hospitais Universitário (HU) e de Caridade (HC) de Florianópolis - Santa Catarina -, no período de janeiro de 1980 a junho de 1997.

Foram excluídos do grupo os pacientes com polipose colônica e os com câncer colorretal hereditário não relacionado à polipose.

Foram analisados os dados referentes a idade, sexo, cor, quadro clínico, localização do tumor, presença ou não de lesões sincrônicas, tipo histológico, estadiamento, tratamento realizado e sobrevida. (Protocolo em anexo)

Apenas em relação à localização os tumores de junção retossigmoídea e de reto foram relacionados separadamente, sendo os demais dados analisados em conjunto, como tumores "de reto".

O estadiamento foi realizado com base na classificação de Dukes modificada por Astler-Coller,¹⁸ considerando-se também o estadio D para aqueles tumores com metástases à distância ou irressecáveis devido à invasão parietal ou de órgãos adjacentes.²

O grau histológico dos tumores foi registrado como: bem diferenciado, moderadamente diferenciado e pouco diferenciado.

Foram consideradas como paliativas as cirurgias nas quais havia metástases a distância ou lesão irressecável.

4. RESULTADOS

A incidência de câncer colorretal em pacientes de até 40 anos observada em nosso estudo foi de 9,3%, correspondendo a 45 pacientes de um total de 482. (Figura 1)

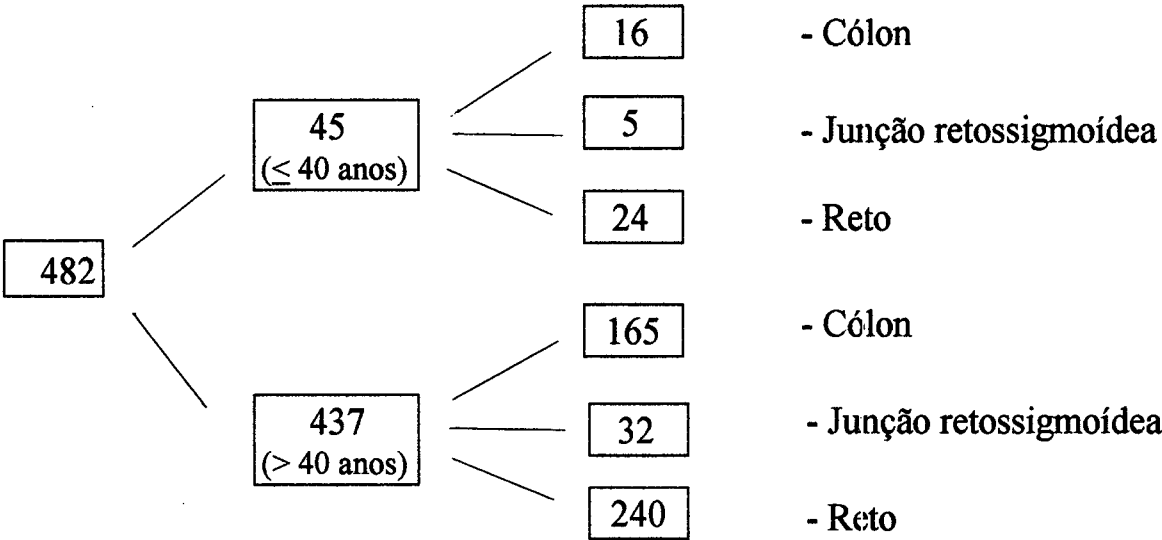


Figura 1 - Relação total e dos pacientes de até 40 anos portadores de câncer colorretal, tratados no Serviço de Coloproctologia HU/HC - 1980-1997.

A idade no momento do diagnóstico variou entre 14 e 40 anos, sendo a mediana igual a 34 anos. Vinte pacientes (44,4%) tinham entre 36 e 40 anos, sendo que 5 destes apresentavam 40 anos completos. (Figura 2)

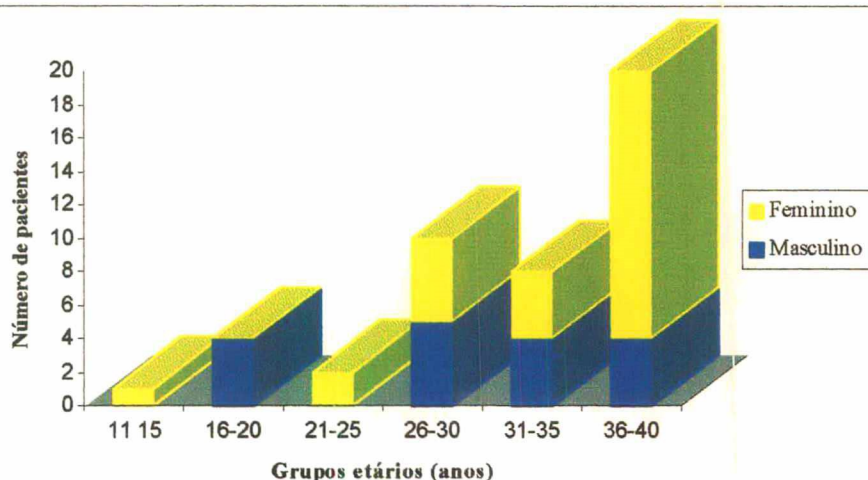


Figura 2 - Distribuição dos pacientes de até 40 anos com câncer colorretal do Serviço de Coloproctologia HU/HC - 1980-1997, de acordo com o sexo e grupo etário (intervalo de 5 anos).

Houve um pequeno predomínio do sexo feminino, com relação 1,6:1. A distribuição dos sexos em relação aos grupos etários pode ser observada na figura 2.

Dois pacientes eram de cor negra, 1 de cor vermelha (índio), e os demais brancos.

O intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico variou entre 0,5 e 36 meses, sendo a mediana de 5 meses. Em 11 pacientes não foi encontrado o registro da duração do quadro clínico.

Em relação ao quadro clínico, 12 (26,7%) pacientes procuraram o serviço médico por quadro de abdômen agudo, sendo em 8 casos de caráter obstrutivo, em 3 peritonite generalizada secundária a perfuração intestinal e em 1 caso trombose hemorroidária associada a invaginação sigmóide-retal, com exteriorização do sigmóide, permitindo evidenciar lesão ulcerada neste.

Dentre os 33 pacientes restantes, tratados eletivamente, os sintomas mais frequentes foram alteração do hábito intestinal, sangramento retal, emagrecimento, dor abdominal e dor retal (Tabela I).

Tabela I - Incidência das manifestações clínicas apresentadas em 33 pacientes de até 40 anos com carcinoma colorretal tratados eletivamente no Serviço de Coloproctologia HU/HC - 1980 - 1997.

Manifestações clínicas	Número	Porcentagem
Alteração do hábito intestinal	25	75,8
Sangramento retal	24	72,7
Emagrecimento	22	66,7
Dor abdominal	14	42,4
Dor retal	13	39,4
Tenesmo	9	27,3
Mucorréia	5	15,2
Massa abdominal palpável	5	15,2
Síndrome anêmica	3	9,1
Exteriorização do tumor	2	6,1
Astenia	2	6,1
Anorexia	2	6,1
Fígado palpável	2	6,1
Incontinência fecal	1	3,0
Dificuldade para evacuar	1	3,0
Dispepsia	1	3,0
Linfadenomegalia inguinal	1	3,0

Do total de 45 pacientes, em 24 (53,3%) o tumor era alcançável ao toque retal, sendo que destes, 22 localizavam-se no reto ou junção retossigmoídea e 2 em sigmóide (um invaginado e outro que se estendia à ampola retal).

A distribuição segmentar dos tumores primários está representada na figura 3, sendo que em 82,1% dos casos o tumor estava localizado em retossigmóide.

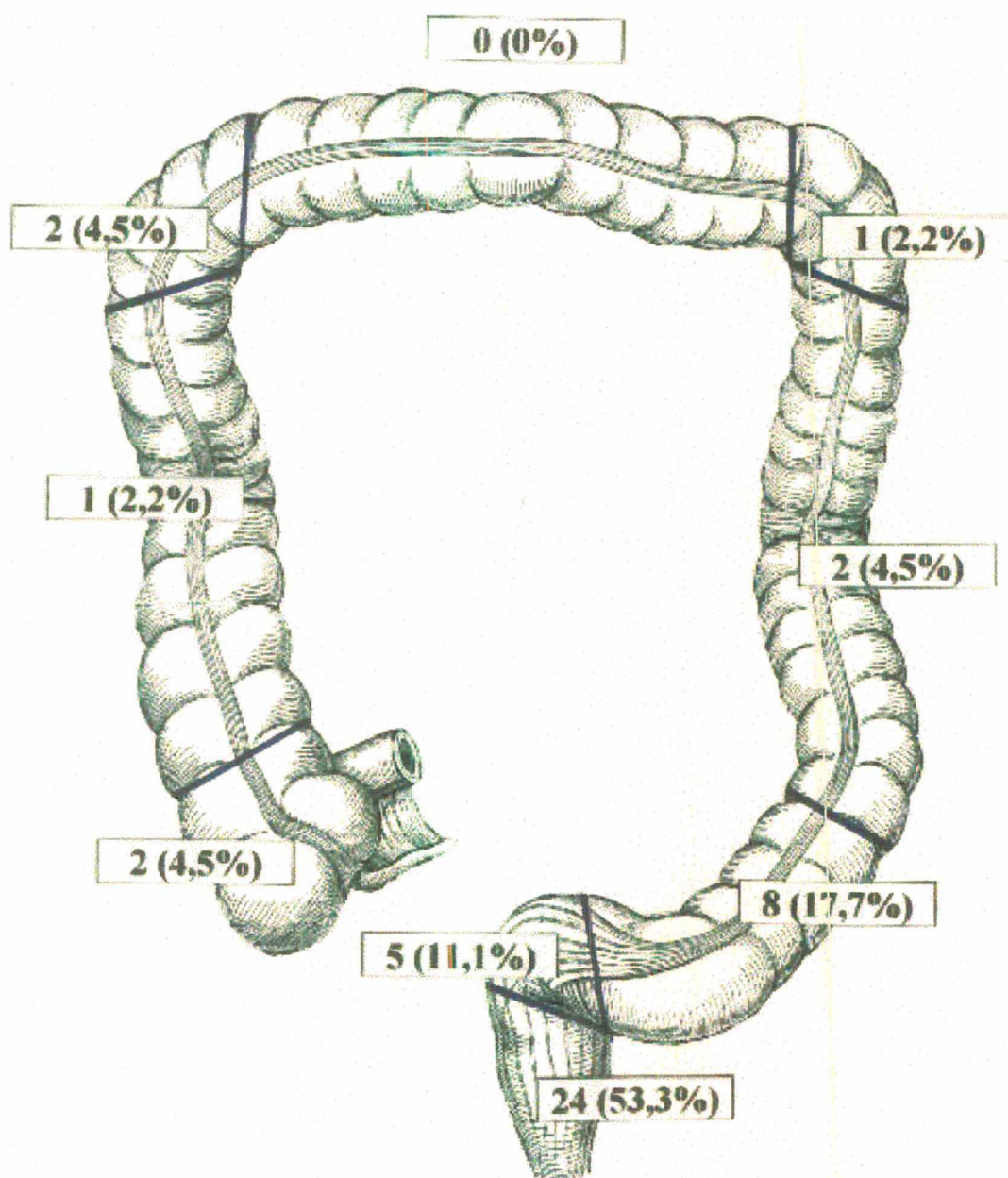


Figura 3 - Localização do tumor primário em pacientes de até 40 anos com carcinoma colorretal do Serviço de Coloproctologia HU/HC - 1980-1997.

Em apenas 1 paciente foram observadas lesões sincrônicas, estando a lesão primária localizada em ceco, ao nível da válvula íleo-cecal, com extensão para cólon ascendente, e a outra tumoração situada em cólon transversal, havendo sido evidenciada à colonoscopia.

O exame histológico não foi encontrado em apenas 1 caso, no qual havia carcinomatose peritoneal, não tendo sido colhido espécime para estudo; em todos os demais (n = 44) foi evidenciado adenocarcinoma. Destes 44 tumores, apenas 11 foram classificados quanto ao grau de diferenciação, sendo 3 bem diferenciados e 9 moderadamente diferenciados. Treze (29,5%) desses tumores foram registrados como produtores de mucina.

Em relação ao estadiamento, a maioria dos casos encontravam-se em estadios C2 (24,4%) ou D (48,9%), conforme pode-se evidenciar na tabela II. Nenhum caso apresentava estadio A. Em 2 casos o exame anátomo-patológico da peça não foi encontrado.

Tabela II - Estadiamento dos tumores colorretais em pacientes de até 40 anos do Serviço de Coloproctologia HU/HC - 1980-1997, de acordo com sua localização, segundo classificação de Dukes modificada por Astler-Collier, acrescido o estadio D.

Estadio	Cólon	Reto e Junção Retossigmoídea	Total Número (%)
A	0	0	0 (0%)
B1	0	1	1 (2,2%)
B2	4	4	8 (17,8%)
C1	0	1	1 (2,2%)
C2	4	7	11 (24,4%)
D	6	16	22 (48,9%)
Não disponível	2	0	2 (4,5%)
Total	16	29	45 (100%)

Todos os pacientes foram submetidos a tratamento cirúrgico.

Dos 29 pacientes com tumor em reto ou junção retossigmoídea, 5 (17,2%) foram submetidos à cirurgia de urgência, nos quais foi realizada colostomia paliativa. Em 24 (82,8%) as cirurgias foram eletivas, sendo consideradas curativas em 13 pacientes e paliativas em 10 (4 colostomias e 6 ressecções paliativas), em 1 dos pacientes submetidos à laparotomia exploradora não foi realizado nenhum procedimento devido à presença de múltiplos nódulos hepáticos volumosos, sem que o tumor estivesse causando obstrução.

Como tratamento complementar, 8 (27,6%) destes 29 pacientes foram submetidos à radioterapia e 9 (31%) à radioterapia e quimioterapia associadas.

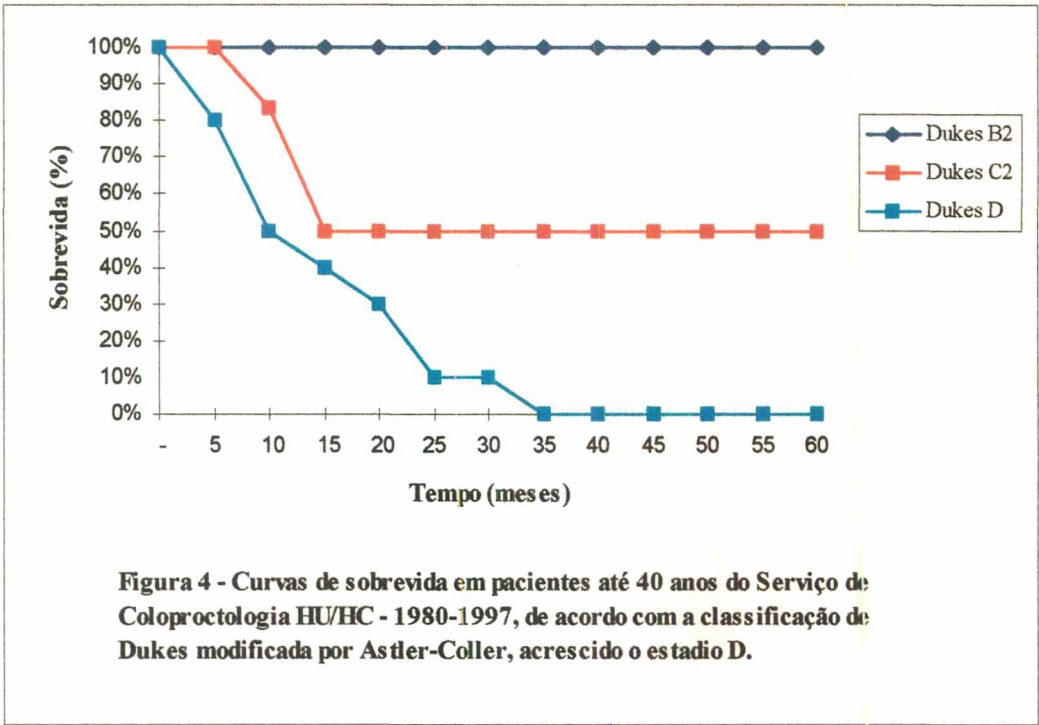
Dos pacientes portadores de tumor em cólon (16), 6 foram submetidos à cirurgia emergencial e 10 à cirurgia eletiva. Foram consideradas paliativas 4 das 6 operações de emergência (2 ressecções e 2 colostomias), e em 2 casos foi possível ressecção curativa. Em relação às 10 cirurgias eletivas realizadas nos pacientes com câncer no cólon, 30% foram paliativas (2 ressecções e 1 colostomia) e 70% foram ressecções curativas.

Quanto ao tratamento complementar, apenas 4 pacientes com tumor em cólon foram submetidos à quimioterapia complementar.

Foram obtidos os dados de seguimento de 32 pacientes (71,1% do total), nos quais a sobrevida média foi de 49,5 meses.

A sobrevida em 5 anos foi obtida em 22 casos (48,9%), com tempo médio de acompanhamento de 5,8 anos. No estadio B1 havia apenas 1 paciente, que encontra-se vivo, com 7 anos e 7 meses de acompanhamento. No estadio B2, o seguimento estava disponível para 5 dos 8 pacientes, para os quais a sobrevida em 5 anos foi de 100%. O único paciente em estadio C1 não foi incluído neste grupo por ainda não apresentar 5 anos de acompanhamento. No estadio C2 a

sobrevida em 5 anos foi de 50% (relativa a 8 dos 11 pacientes neste estadio), e no estadio D, de 0% (relativa a 8 dos 22 pacientes neste estadio). (Figura 4)



5. DISCUSSÃO

A incidência de câncer colorretal na população abaixo de 40 anos, segundo Valdovinos Díaz (1990),¹⁹ Heys (1994)¹³ e Yilmazlar et al (1995),¹¹ varia de 2 a 16,8%, 2 a 6% e 1,6 a 16,8%, respectivamente.

O quadro I ilustra algumas publicações de séries de câncer colorretal em pacientes de até 40 anos, observando-se uma variação de 3,1 a 19,4%, mostrando ser relativamente alta a incidência de 9,3% observada em nosso estudo.

Quadro I - Incidência de câncer colorretal em pacientes de até 40 anos, segundo 7 publicações de séries, comparadas à nossa casuística.

Autor (Ano da publicação)	Local (País)	Período de Observação	Universo (nº)	Incidência em ≤ 40 anos
Isbister et al ¹⁶ (1990)	Nova Zelândia	2 anos	2420	5,4%
Valdovinos Díaz et al ¹⁹ (1991)	México	19 anos	344	11%
Çiçek et al ¹⁰ (1993)	Turquia	11 anos	332	15,1%
Lee et al ¹⁷ (1994)	EUA	23 anos	2065	3,1%
Molnar et al ²⁰ (1994)	Hungria	10 anos	638	5,2%
Parry et al ²¹ (1995)	Singapura	3 anos	964	5,9%
Yilmazlar et al ¹¹ (1995)	Turquia	8 anos	237	19,4%
Presente série (1997)	Brasil	17 anos	482	9,3%

Em relação à distribuição etária no grupo estudado, observamos um predomínio entre 36 e 40 anos, a exemplo do observado por Lee et al,¹⁷ Yilmazlar et al¹¹ e Guillem et al.²²

Abaixo dos 20 anos, o câncer colorretal é raro,²³ sendo inclusive objeto de relatos de casos. Segundo Kuo et al,²⁴ a idade mais jovem relatada de incidência desta entidade é de 8 anos. Contudo, em 1990 Lamego²⁵ publicou o artigo sobre 29 casos de cânceres colorretais em crianças (0 - 15 anos), todos registrados no Brasil entre 1953 e 1986, não sendo informado, entretanto, a menor idade de acometimento. Em nosso estudo, observamos 5 pacientes com menos de 20 anos, sendo o mais jovem de 14 anos.

Na população geral, há uma pequena predominância de câncer colorretal no sexo masculino.^{3,4} Já nos indivíduos até 40 anos, não há consenso na literatura quanto à distribuição por sexo, sendo que alguns autores evidenciam predomínio masculino,^{10,12,17,19} outros do sexo feminino^{9,16,22,27} e outros ainda distribuição semelhante entre os sexos.^{11,21,28}

Em nossa casuística, um paciente era vermelho (índio) e dois eram negros. Sobre a ocorrência de câncer colorretal em índios não observamos referência na literatura. Já a incidência em negros é praticamente a mesma que em brancos,²⁹ porém os primeiros parecem apresentar um pior prognóstico²⁹ e uma tendência a apresentar a doença em idade mais jovem.⁹

Um maior intervalo entre o início dos sintomas e o diagnóstico na população jovem é implicado como um dos responsáveis por um pior prognóstico.¹⁵ A tendência entre os observadores é considerar o diagnóstico de câncer, como causa de sintomas, mais tardiamente em pacientes jovens que em idosos.³⁰ O atraso no diagnóstico faria que esses tumores fossem encontrados em estadio mais avançado, o que levaria a uma menor sobrevida.³⁰ Os intervalos médios do início do quadro até o diagnóstico variam de 3 a 5,8 meses, em pacientes jovens,^{10,11,17} comparáveis ao intervalo mediano de 5 meses observado em nossa série. Valdovinos Díaz¹⁹ não observou diferença significativa neste intervalo para pacientes menores e maiores de 40 anos.

Os sinais e sintomas do carcinoma colorretal em jovens são similares àqueles da população mais velha.^{12,19} Os sintomas mais frequentemente observados em nossa série foram alteração do hábito intestinal e sangramento retal, que são os mais frequentes na população geral com câncer colorretal.¹ Outros autores relataram dor abdominal e sangramento retal como sintomas mais frequentemente encontrados em suas séries formadas por indivíduos de até 40 anos, seguidos por emagrecimento e alteração do hábito intestinal.^{9,10,17,27}

Valdovinos Díaz,¹⁹ em estudo comparativo entre 2 grupos de pacientes abaixo e acima de 40 anos, observou como manifestações clínicas mais frequentes em ambos os grupos dor abdominal, sangramento retal, perda de peso e alterações do hábito intestinal, verificando uma maior frequência de constipação no grupo mais jovem (60,5% versus 34,2%).

Aproximadamente 26% de nossos pacientes procuraram atendimento médico com quadro de abdômen agudo; Heys et al²⁸ observou esta apresentação em 14% de 92 pacientes com câncer colorretal abaixo de 45 anos.

A dor retal, que ocorreu em 39,3% de nossa casuística, só ocorre quando há comprometimento de raiz nervosa sacral ou do nervo ciático,⁷ sugerindo, já clinicamente, a presença de tumor em estadio avançado.

O sítio mais frequente do tumor tanto em pacientes jovens quanto nos mais idosos, é a reação retossigmoídea,^{3,4,10,11,16,27} o que não difere de nossos achados. Entretanto, alguns autores encontraram o cólon direito como sede mais frequente em pacientes de até 40 anos.^{17,19}

Tumores sincrônicos ocorrem em aproximadamente 3% de todos os pacientes com câncer colorretal em qualquer idade; também nos pacientes jovens esta incidência varia entre 2 e 4%.¹³ No presente trabalho a incidência de lesão sincrônica foi de 2,2%.

Cerca de 30% dos tumores com exame histológico disponível em nossa casuística apresentavam padrão mucinoso. Na literatura a incidência de tumores mucinosos em pacientes jovens é 4 vezes mais frequente que nos grupos mais idosos.¹³ A incidência de tumores mucinosos na população geral com carcinoma colorretal é de menos de 10%.¹³ A porcentagem de pacientes com carcinoma em pacientes menores de 40 anos, em revisão realizada por Heys et al,¹³ variou de 11 a 88%, com média de 23%, enquanto nos grupos maiores de 40 anos, a incidência variou de 6 a 12%.

Embora a incidência de tumores pouco diferenciados seja alta em pacientes jovens,^{10,28} em nosso grupo não foi ocorrido nenhum caso. Entretanto, deve-se lembrar que em apenas 11 dos 44 tumores com exame histopatológico a classificação quanto ao grau de diferenciação foi realizada.

Trinta e três (73,3%) de nossos pacientes apresentavam estadios C2 ou D no momento do diagnóstico, o que está de acordo com a literatura, quando se observam estadios avançados em mais de 60% dos casos de câncer colorretal em pacientes jovens,^{10,11,17,30} com uma tendência de se apresentarem em estadios mais avançados quando comparados com grupos mais idosos.¹³

A sobrevida média em meses para todo o grupo foi relativamente alta quando comparada a de outros autores (49,5 meses versus 30¹⁰ e 21,4¹¹ meses).

Segundo Yilmazlar,¹¹ enquanto o resultado de muitos estudos mostra uma menor taxa de sobrevida em pacientes mais jovens que nos maiores de 40 anos, um número semelhante de trabalhos não mostra diferença entre os dois grupos. Essa discrepância cria um interesse contínuo em relação ao estudo do câncer colorretal em pacientes jovens.²⁷

É fundamental então ressaltar que a idade precoce, na presença de sintomas sugestivos de câncer colorretal, não deve ser uma barreira para a aplicação de métodos diagnósticos,¹⁵ sendo imperativa a pronta investigação,

com o objetivo de detectar estes tumores em um estadio menos avançado,⁹ de forma a diminuir as taxas de mortalidade.³⁰

6. CONCLUSÕES

O carcinoma colorretal, em nosso meio, tem ocorrido com frequência relativamente alta em pacientes de até 40 anos (9,3%), sendo que a maioria dos casos apresentam-se em estadios C (24,4%) ou D (48,9%), nos quais a sobrevida em 5 anos foi de respectivamente 50% e 0%.

7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Corman ML. Carcinoma of the colon. In: Corman ML, Colon and Rectal Surgery. 3th ed. Philadelphia: J.B. Lippincott Company; 1993. p.487-595.
2. Felipe F, Santos JM, Oliveira JCC. Câncer de Colon e Reto. In: Associação Catarinense de Medicina, Manual de Terapêutica Cirurgia. Florianópolis: by Associação Catarinense de Medicina; 1997. p.337-43.
3. Raia AA, Habr-Gama A. Tumores malignos do cólon. In: Raia AA, Zerbini EJ, Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Neto. 4^a ed. São Paulo: Sarvier; 1988. p.581-99.
4. Simonsen O. Câncer do reto. In: Raia AA, Zerbini EJ, Clínica Cirúrgica Alípio Corrêa Neto. 4^a ed. São Paulo: Sarvier; 1988. p.600-14.
5. Gore RM. Colorectal cancer: clinical and pathologic features. Radiol Clin North Am 1997; 35(2):403-29.
6. CRUZ GMG. Câncer do reto. In: Moreira H, Atualidades em Coloproctologia. 1^a ed. São Paulo: Fundação BYK; 1996. p.13-55.
7. Gordon PH. Malignant neoplasms of the colon. In: Gordon PH, Nivatvongs S, Principles and Practice of Surgery for the Colon, Rectum and Anus. Missouri: Quality Medical Publishing; 1992. p.501-590.

8. Dayal Y, DeLellis RA. Trato gastrintestinal - cólon. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, Robbins Patologia Estrutural e Funcional. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1991. p.727-41.
9. McGahren ED, Mills SE, Wilhelm MC. Colorectal carcinoma in patients 30 years of age and younger. *Am Surg* 1995; 61(1):78-82.
10. Çiçek Y, Tasci H, Gökdogan C, Önes S, Gazioglu E, Çarkman S, et al. Colorectal cancer in patients younger than forty years of age. *Acta Chir Belg* 1993; 93:258-61.
11. Yilmazlar T, Zorluoglu A, Ozguc H, Korun N, Duman H, Kaya E, at al. Colorectal cancer in young adults. *Tumori* 1995; 81(4):230-3.
12. Yong CK, Ng BK. Large bowel cancer in the young adult. *Ann Acad Med Singapore* 1990; 19(3):385-8.
13. Heys SD, O'Hanrahan TJ, Brittenden J, Eremin O. Colorectal cancer in young patients: a review of the literature. *Eur J Surg Oncol* 1994; 20(3):225-31.
14. Kearney TJ, Price EA, Lee S, Silberman AW. Tumor aneuploidy in young patients with colorectal cancer. *Cancer* 1993; 72(1):42-5.
15. Varma JR, Sample L. Colorectal cancer in patients aged less than 40 years. *J Am Board Fam Pract* 1990; 3(1):54-9.

16. Isbister WH, Fraser J. Large bowel cancer in the young: a national survival study. *Dis Colon Rectum* 1990; 33(5):363-6.
17. Lee PY, Fletcher WS, Sullivan ES, Vetto JT. Colorectal cancer in young patients: characteristics and outcome. *Am Surg* 1994; 60(8):607-12.
18. Astler VB, Collier FA. The prognostic significance of direct extension of carcinoma of the colon and rectum. *Ann Surg* 1954; 139:846. In: Cotran RS, Kumar V, Robbins SL, Robbins Patologia Estrutural e Funcional. 4ª ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan S.A.; 1991. p.740.
19. Valdovinos Díaz MA, Guerrero-A C, Alejandro A, Nava O, Jacobo J, Villalobos JJ. Comportamiento biológico del carcinoma colorrectal en pacientes jóvenes. *Rev Gastroenterol Méx* 1991; 56(2):55-60.
20. Molnar L, Koves I, Besznyak I. Malignant colorectal tumours in young adults. *Acta Chir Hung* 1994; 34(1-2):133-8.
21. Parry BR, Tan BK, Parry S, Goh HS. Colorectal cancer in the young adult. *Singapore Med J* 1995; 36(3):306-8.
22. Guillem JG, Bastar AL, Ng J, Huhn JL, Cohen AM. Clustering of colorectal cancer in families of probands under 40 years of age. *Dis Colon Rectum* 1996; 39(9):1004-7.

23. Angel CA, Pratt CB, Rao BN, Schell MJ, Parham DM, Lobe TE, et al.. Carcinomembryonic antigen and carbohydrate 19-9 antigen as markers for colorectal carcinoma in children and adolescents. *Cancer* 1992; 69:1487-91.
24. Kuo DY, Smith Ho, Runowicz CD, Goldberg GL. Cecal cancer in a teenager presenting with a pelvic mass: a case report and review of the literature. *Gynecol Oncol* 1994; 55(1):149-51.
25. Lamego CMB. Malignidades colo-retais na infância e adolescência. Registro de 29 casos com revisão da literatura. *Radiol Bras* 1990; 23:71-81.
26. Paraf F. Cancer colorectal avant 40 ans: quoi de neuf en 1991? *Gastroenterol Clin Biol* 1991; 15(11):869-71.
27. Cozart DT, Lang NP, Hauer-Jensen M. Colorectal cancer in patients under 30 years of age. *Am J Surg* 1993; 166:764-7.
28. Heys SD, Sherf A, Bagley JS, Brittenden J, Smart C, Eremin O. Prognostic factors and survival of patients aged less than 45 years with colorectal cancer. *Br J Surg* 1994, 81:685-88.
29. Weaver P, Harrison B, Eskander G, Jahan MS, Tanzo V, et al. Colon cancer in blacks: a disease with a worsening prognosis. *J Natl Med Assoc* 1991; 83(2): 133-6.
30. Ruffin WK. Colon cancer in the active duty population. *Mil Med* 1990; 155(2):47-9.

8. RESUMO

O câncer colorretal é a segunda neoplasia maligna em frequência na maioria dos países ocidentais. Sua ocorrência tem aumentado na população jovem, e sua incidência em pacientes de até 40 anos tem variado de 1,6 a 16,8%. A finalidade deste trabalho foi a de avaliar o perfil do câncer colorretal em pacientes de até 40 anos, tratados no Serviço de Coloproctologia dos Hospitais Universitário e de Caridade, Florianópolis - Santa Catarina, entre 1980 e 1997. Foram estudados retrospectivamente os dados referentes a estes pacientes. A incidência observada foi de 9,3%. A idade mediana foi de 34 anos, sendo 14 anos a idade do paciente mais jovem. A relação homem:mulher foi de 1:1,6. Cinco meses foi o intervalo mediano entre o início dos sintomas e o diagnóstico. Abdômem agudo foi a apresentação em 26,7% dos pacientes; nos demais, tratados eletivamente, os sintomas mais frequentes foram alteração do hábito intestinal e sangramento. A localização do tumor foi na região retossigmoídea em 82,1 % dos casos. Treze (29,5%) tumores eram adenocarcinomas mucinosos. A maioria dos casos encontravam-se em estádios C2 (24,4%) ou D (48,9%), para os quais a sobrevida média em 5 anos foi de 50% e 0%, respectivamente.

9. SUMMARY

Colorectal cancer is the second leading cause of cancer in most of western countries. Its occurrence in the young population has been increasingly reported, and its incidence in patients 40 years old and younger has been seen to oscillate between 1.6 and 16.8%. This study was carried out to analyse colorectal cancer in patients 40 years old and younger, who were treated in the Coloproctology Service of the "University" and "Charity" Hospitals, Florianópolis - Santa Catarina, between 1980 e 1997. We studied the medical records of these patients retrospectively and noted an incidence of 9.3%. The mean age of the patients was 34 years, the youngest being 14 years old. The male:female rate was 1:1.6, and five months was the mean interval from onset of symptoms until diagnosis. Acute abdomen was the picture presented by 26.7% of the patients. Changes in bowel habits and rectal bleeding were the most frequent clinical findings in those patients who received elective treatment. The tumor was found in the rectosigmoid in 82.1% of the patients. Thirteen (29.5%) were mucinous adenocarcinoma. Most cases were Dukes C2 (24.4%) and D (48.9%), and the survival rates at 5 years were 50% and 0%, respectively.

10. APÊNDICE

PROTOCOLO:

INSTITUIÇÃO: () HU () H. CARIDADE Nº: _____

TUMOR: () CÓLON () RETO

NOME: _____

1. IDADE: _____

2. SEXO: () M () F

3. COR: () Branco () Outra: _____

4. QP: _____

5. HDA:

5.1. Duração: _____

1.2. Sinais e sintomas:

() Sangramento

() Dor abdominal

() Alteração do ritmo intestinal: () Diarréia () Constipação

() Mucorréia

() Anorexia

() Emagrecimento

() Tenesmo retal

() Outros: _____

6. EXAME FÍSICO:

7. EXAME PROCTOLÓGICO:

Localização: _____

Tipo: ☐ vegetante☐ ulcerado☐ infiltrativo

Tamanho: _____

Outros: _____

8. COLONOSCOPIA:

Localização: _____

Tipo: ☐ vegetante☐ ulcerado☐ infiltrativo

Tamanho: _____

9. ENEMA OPACO:

Localização: _____

Tipo: ☐ vegetante☐ ulcerado☐ infiltrativo

Tamanho: _____

10. LESÕES SINCRÔNICAS

☐ Não☐ Sim: Localização: _____

Tamanho: _____

11. RADIOGRAFIA DE TÓRAX:

☐ Normal☐ Alterada: _____

12. ULTRASSONOGRAFIA:

☐ Normal

☐ Alterada: _____

13. TOMOGRAFIA COMPUTADORIZADA:

☐ Normal

☐ Alterada: _____

14. EXAMES LABORATORIAIS:

Ht: _____

Hg: _____

Proteínas totais: _____

Albumina: _____

Globulina: _____

Relação A/G: _____

FA: _____

CEA: _____

15. TRATAMENTO:

☐ CIRURGIA

☐ Hemicolectomia D

☐ Hemicolectomia E

☐ Sigmoidectomia

☐ Colectomia total

☐ Colectomia parcial: ☐ D ☐ E ☐ Transverso

☐ Operação de Miles

Achado cirúrgico: _____

ANÁTOMO-PATOLÓGICO: _____

ASTLER-COLLER: _____

() QUIMIOTERAPIA

() RADIOTERAPIA

16. SOBREVIDA: _____

TCC
UFSC
CC
0325

Ex.1

N.Cham. TCC UFSC CC 0325

Autor: Kilian, Suzana

Título: Câncer colorretal em pacientes j



972813701

Ac. 253147

Ex.1 UFSC BSCCSM